

MINISTERIO DE SALUD

Normativa - 169

“NORMA PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL CÁNCER CERVICOUTERINO”

Managua, Nicaragua
Febrero 2021



MINISTERIO DE SALUD

Normativa - 169

“NORMA PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL CÁNCER CERVICOUTERINO”

Managua, Nicaragua
Febrero 2021

N
WP
480
0032
2021

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. **Normativa- 169: Norma para la prevención y abordaje del cáncer cervicouterino.** 2 ed. Managua, febrero 2021.
42p. tab, ilus, graf

1. Soporte Jurídico
2. Definiciones
3. Disposiciones Generales
4. Disposiciones Especifica
5. Procedimientos Técnicos Gerenciales
6. Tamizaje de Lesiones Intraepiteliales
7. Estandarización de los Procesos y Procedimientos
8. Promoción, Prevención y Detección Temprana
9. Lesiones Precancerosas
10. Factores de Riesgo
11. Citología Cervical
12. Tamizaje de Cáncer Cervicouterino
13. Inspección Visual con Acido Acético
14. Esquema de Aplicación de la Prueba Citológica

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

Índice

I. Introducción

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), a través del Ministerio de Salud regula y provee servicios de salud de calidad en el marco de la Política Nacional de Salud y el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), ha orientado fortalecer los servicios de atención a la mujer, prevención, detección temprana, diagnostico precoz, manejo oportuno y seguimiento de las lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino en todos los establecimientos de salud, a través de la Dirección General de Servicios de Salud.

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) constituye un problema de salud pública a nivel mundial ocupando el cuarto lugar de incidencia en países desarrollados, después del cáncer de mamas. En países de bajo y medios ingresos ocupa el primer lugar con una alta incidencia y letalidad a pesar de que este tipo de cáncer se puede prevenir.

En Nicaragua, la tasa estandarizada de mortalidad por este tipo de cáncer pasó de 20 a 13 casos por cada 100,000 mujeres en el periodo 2006-2019 según datos de la División de Estadística del Ministerio de Salud (DES-MINSA)[1],[2],[3],[4].

Aun con los avances en la reducción de la mortalidad, todavía sigue siendo relativamente alta ante el desafío de reducir en un tercio la mortalidad por esta causa para el año 2030[5].
En línea con el ODS 3.4 (reducción de la mortalidad por cáncer), Plan de prevención y control del cáncer cervicouterino para las América 2018-2030, el Plan Nacional de Control de Cáncer 2021-2025 que tienen como objetivo acelerar el progreso hacia la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública en la Región de las Américas mediante la reducción en un tercio de las tasas de incidencia y de mortalidad para el 2030.

Con la actualización de la “Norma para la prevención y abordaje del Cáncer Cervicouterino”, se fortalece la gestión y priorización de acciones dirigidas a mujeres expuestas a factores de riesgo epidemiológico, con el objeto de garantizar la cobertura, mediante la referencia de casos entre las clínicas de atención a lesiones tempranas y la red de servicio; las pautas para la detección y manejo del cáncer cervicouterino, a través de la Citología Cervical (Papanicolaou), la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y colposcopia incluyendo el manejo Quirúrgico, Radioterapia y/o Quimioterapia. Se incluye el sistema nacional de información, registro y seguimiento para el control del cáncer cervicouterino (SIVIPCAN).

El Ministerio de Salud cuenta con 6 unidades regionales descentralizadas para la aplicación de la quimioterapia y cuidados paliativos ubicados en Estelí, León, Chinandega, Chontales, Matagalpa y Bluefields. En el año 2020, se creó el Centro Oncológico de Quimioterapia y Cuidados Paliativos “Dr. Clemente Guido”, de referencia nacional, logrando fortalecer la articulación de la red de servicios.

---

1 https://www.iarc.fr/infographics/globocan-2018-latest-global-cancer-data/ (datos de 2018)

2 https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups (datos Oct/2019)

3 http://www.minsa.gob.ni/index.php/noticias/162-disminuye-incidencia-delcancer-cervicouterino-en-nicaragua (datos 20/02/2013)

4 https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/nicaragua-cancer-profile-2013.pdf

5 https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14701:ministers-of-health-commit-to-reducing-cervical-cancer-cases-and-deaths-by-30-in-the-americas-by-2030&Itemid=1926&lang=es (dato 26/09/2018)

II. Antecedentes

El Ministerio de Salud (MINSA) a través del Sistema Único de Salud implementó en 1983, el programa Detección Oportuna del Cáncer de Cervicouterino (DOC), con el tamizaje citológico como instrumento para la detección de lesiones pre malignas; desde entonces el programa ha evolucionado en el marco de los servicios de Atención Integral a la Mujer.

En el año 1986, el Ministerio de Salud inicia la atención de las mujeres afectadas por esta patología en el Hospital "Dra. Bertha Calderón Roque" con la habilitación del servicio de Gineco-oncología, así mismo se habilita y equipa al laboratorio nacional de Cito-patología; y ese mismo año, se inaugura el Centro Nacional de Radioterapia "Dra. Nora Astorga" para el tratamiento de las mujeres -*y otros pacientes*- que requerirían de medicina nuclear.

En el año 2000, se publica la Norma de Prevención y Atención del Cáncer Cervicouterino, contribuyendo a proporcionar elementos técnicos para el desarrollo de estrategias de prevención, facilitar los procesos de capacitación, establecer una ruta de atención a las mujeres afectadas y definir las funciones a desempeñar por los diferentes niveles de atención en los que transitaban las mujeres. El sistema de clasificación e interpretación de alteraciones citológicas cervicales se basó en la publicación de Bethesda 1988.

Posteriormente, en el año 2006, mediante acuerdo ministerial 14-2006 se actualiza la Norma de prevención y atención del cáncer cervicouterino *en la que se introdujo mejoras operativas para incrementar la cobertura y el abordaje en el manejo de las lesiones de bajo y alto grado mediante el uso de colposcopia y asa diatérmica*. La clasificación e interpretación de alteraciones citológicas cervicales se basó en la publicación de Bethesda 2006.

En el año 2008, se publica la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que orienta la atención de la mujer basada en las necesidades según el curso de vida en la que la prevención y atención del cáncer cervicouterino seria abordado como prioridad en la reducción de la mortalidad por cáncer. En ese mismo año, el MINSA desarrolla e inicia la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) en la que los cánceres del aparato reproductivo se ubicaron entre las primeras cuatro (4) prioridades de atención en Atención Primaria en Salud.

Posteriormente en el año 2010, se introdujo la normativa 037 'Protocolo de prevención del cáncer cervicouterino a través del tamizaje con inspección visual con ácido acético (IVAA) y tratamiento con crioterapia'. El IVAA constituye una tecnología simple, que permite una detección temprana de las neoplasias cervicales con una sensibilidad comparable con la citología cervical más accesible sobre todo en comunidades de difícil acceso.

A partir del año 2014, el Ministerio de Salud implementa el desarrollo en línea del sistema de información, registro y seguimiento nacional para el control del cáncer cervicouterino (SIVIPCAN®), reporte citológico basado en las recomendaciones de Bethesda 2014 y unificando en un solo formato la "Ficha Única de Tamizaje" las pruebas de tamizaje disponibles, así como la integración del examen físico de mama a las mujeres y los procedimientos aplicados en cada caso según las capacidades existente en cada establecimiento de salud, el que se ha ido fortaleciendo logrando el aprovechamiento óptimo de su información .

III. Justificación

El Cáncer Cervicouterino (CaCu) continua siendo un problema de salud pública a nivel mundial por su alta tasa de mortalidad; en Nicaragua, la tasa estandarizada de mortalidad por este tipo de cáncer pasó de 20 a 13 casos por cada 100,000 mujeres en el periodo 2006-2019 según datos de la División de Estadística en Salud del Ministerio de Salud (DES-MINSA)[6],[7],[8],[9].

El cáncer cervicouterino es de alta incidencia y mortalidad, siendo uno de los más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad, asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas.

La citología cervical realizada en intervalos regulares es utilizada para la identificación precoz de lesiones intraepiteliales, reduciendo efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistemático. Por lo que es considerada el método más accesible, tecnología sencilla, de menor costo y alta especificidad.

Todo esto conlleva a que se logre establecer las bases estructurales de gestión que permitan establecer acciones de prioridad dirigidas a mujeres en edad de mayor riesgo con el fin de dar cobertura nacional, proveyendo al personal de salud que brinda atención a la mujer conocimientos y habilidades, en el proceso de tamizaje de lesiones cervicales para la prevención del CaCu.

Estas actualizaciones, con evidencia científico técnica, es para estandarizar los procesos de atención relacionados al cáncer cervicouterino, además de fortalecer los conocimientos y el abordaje de los aspectos técnicos de calidad de los profesionales de la salud en esta enfermedad, facilitando las intervenciones de detección temprana, diagnostico precoz, manejo oportuno y seguimiento de las lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino en todo el territorio nacional para mejorar su impacto en la reducción de la morbimortalidad por cáncer cervicouterino.

6 https://www.iarc.fr/infographics/globocan-2018-latest-global-cancer-data/ (datos de 2018)

7 https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups (datos Oct/2019)

8 http://www.minsa.gob.ni/index.php/noticias/162-disminuye-incidencia-delcancer-cervicouterino-en-nicaragua (datos 20/02/2013)

9 https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/nicaragua-cancer-profile-2013.pdf

IV. Soporte jurídico

Las disposiciones contenidas en la presente norma tienen su base legal en la Constitución Política y sus Reformas, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud que a continuación se citan:

MARCO CONSTITUCIONAL POLÍTICA DE LA REPUBLICA DE NICARAGUA:

Constitución Política de la República de Nicaragua

Artículo 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

Articulo 105.- Es obligación del Estado promover, facilitar y regular la prestación de los servicios públicos básicos de [Salud]. Los servicios de educación, salud y seguridad social, son deberes indeclinables del Estado, que está obligado a prestarlos sin exclusiones, a mejorarlos y ampliarlos. Las instalaciones e infraestructura de dichos servicios propiedad del Estado, no pueden ser enajenadas bajo ninguna modalidad. Los trabajadores de la educación y la salud participarán en la elaboración, ejecución y seguimiento a los planes, programas y proyectos dirigidos al sector, y se regirán por las leyes correspondientes. Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno infantil. Se desarrollará el modelo de salud familiar y comunitaria. Los servicios estatales de la salud y educación deberán ser ampliados y fortalecidos.

Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno infantil. Se desarrollará el modelo de salud familiar y comunitaria. Los servicios estatales de la salud y educación deberán ser ampliados y fortalecidos. Se garantiza el derecho de establecer servicios privados en las áreas de salud y educación.

Marco Jurídico de Salud.

Ley general de salud. Ley No. 423.

En el título I Disposiciones Fundamentales, Capítulo I Disposiciones Generales:

Arto.2. Órgano Competente: “El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.”

Arto 4.- Rectoría: Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales.

Arto 7.- Son Competencias y Atribuciones del Ministerio de Salud**:** En el título II Competencias, Derechos y obligaciones, Capítulo I De las competencias del Ministerio de Salud:

Numeral 1.- Regular, supervisar, e intervenir en el sector de Sector de Salud [público y privado], y en particular ser la autoridad competente para la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley, su reglamento o normas que de ella emanen, sin perjuicio de las facultades y obligaciones que leyes especiales otorguen a otros organismos públicos dentro de sus respectivas competencias. Para estos efectos, se entiende como autoridades en salud, las personas o instituciones con funciones, facultades o competencias expresadas de expedir o aplicar la regulación en materia de políticas en salud.

Numeral 12.- Regular, cuando resulte necesario para los principios de esta Ley, las actividades con incidencia directa o indirecta sobre la salud de la población, que realice o ejecute toda persona natural o jurídica, pública o privada.

Numeral 29. *"Promover la colaboración de las instituciones de los sectores públicos, sociales y privados, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud y de la población en general, para el óptimo desarrollo de los programas y actividades".*

En el título III. Capitulo IV *"De la recuperación de la salud".* Sección II. *"De la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia"*
Arto.32. La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud. Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, del recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva.

Reglamento de La Ley General De Salud. Decreto No. 001 - 2003.

En el título II Principios, Derechos y Obligaciones, Capítulo I De los principios y de la aplicación de los derechos de los usuarios:

Arto.6. "De acuerdo a los principios establecidos en la ley, la provisión pública de los servicios de salud estará dirigida a los sectores vulnerables de la población, entre los cuales se dará prioridad a la población materno infantil…"

En el título IV Ministerio de Salud, Capitulo único:

Arto.19. "Para ejercer sus funciones el MINSA desarrollará las siguientes actividades" numeral 1. "Regular la provisión de los servicios de Salud".

En el título VII, Capitulo II, Sección 1:

Arto.45. En el primer nivel de atención, la red de servicio se organiza de acuerdo con lo siguiente: numeral 6. "Los manuales operativos y procedimientos en salud pública".

Acuerdos Internacionales firmados por Nicaragua:

Existen diferentes instrumentos y acuerdos suscrito por el estado de Nicaragua a nivel Panamericano y como parte de la comunidad internacional bajo el fundamento de la Organización de las Naciones Unidas:

1. **Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo**: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 70.º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 11 al 18 de septiembre del 2015; Nueva York, NY. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 **(resolución A/RES/70/1) [consultado el 4 de enero del 2018],** específicamente la Meta 3.4 que compromete para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar* **(***Indicador meta 2019: 15%; meta 2025: 27%).*

   Meta 4ta. Establecer o fortalecer sistemas de información y registros de los casos de cáncer: el establecimiento de un sistema de información y vigilancia es esencial para el monitoreo permanente del desempeño de los programas de lucha contra el cáncer cervicouterino, incluidos la cobertura, los resultados de las pruebas de tamizaje y el diagnóstico y tratamiento

2. **Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (documento CSP29/6, Rev. 3).** los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer (objetivo 9).

V. Definiciones y Aspectos Conceptuales

Para fines de la norma se ajustan las siguientes definiciones:

1. **Ácido Acético:** es un ácido que se encuentra en el vinagre, utilizado en concentraciones del 3% a 5% como tinte, se aplica al tejido del cuello uterino donde interactúa con las células enfermas haciendo que las células epiteliales adopten una tonalidad blanca, identificando la infección por virus de papiloma humano y lesiones precancerosas en el cuello uterino.

2. **Adenocarcinoma:** Neoplasia epitelial maligna que se origina de células glandulares. Este tipo histológico representa el 5-15% de los cánceres que se originan en el cuello uterino.

3. **Biopsia**: Procedimiento a través del cual se obtiene una muestra de tejido para examen microscópico con fines de diagnóstico, el espécimen se puede extraer mediante:
    - Biopsia Punch: se remueve una pequeña cantidad de tejido mediante una pinza saca bocado.
    - Biopsia Excisional: mediante un corte se extrae la lesión completa.
    - Biopsia Incisional: por medio de un corte se extrae una parte de la lesión.

4. **Braquiterapia:** (o Radioterapia interna, o por implante): un tipo de radioterapia en la cual el material radiactivo, sellado en agujas, semillas, alambres o catéteres, se coloca directamente en un tumor o en sus proximidades para eliminar células cancerosas.

5. **Cáncer o Carcinoma**: Término que se utiliza para referirse a una Neoplasia maligna en general, es la pérdida de control del crecimiento y división de las células que puede invadir y destruir estructuras adyacentes con capacidad de diseminarse a sitios alejados.

6. **Carcinoma Epidermoide o Escamoso**: Neoplasia epitelial maligna que se origina de células escamosas o epitelio plano estratificado. Este tipo histológico representa el 90-95% de los canceres que se originan en el cuello uterino.

7. **Carcinoma Microinvasor**: Presencia de una neoplasia maligna que invade microscópicamente el tejido del estroma inmediatamente adyacente a la membrana basal del epitelio, en el cáncer cervicouterino se establece una profundidad que no excede los 5 mm de profundidad y los 7 mm de extensión.

8. **Carcinoma In Situ**: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el grosor del epitelio o la mayor parte de él muestran cambios citológicos y aspecto celular compatibles con un carcinoma, respetando la membrana basal y sin evidencia de invasión del estroma subyacente.

9. **Cepillado Endocervical**: Obtención de células del canal endocervical utilizando un cepillo endocervical (también conocido como citobrush).

10. **Citología a Repetir**: Es aquella citología de cérvix tomada a toda mujer por muestra anterior de citología de cérvix insatisfactoria. Repetir la toma en un periodo no menor de 3 meses.

11. **Citología Cervical**: Es la toma de muestra de células del exocérvix y del endocérvix en la zona de transformación que se extienden en una porta objeto, son fijadas y sometidas a una tinción conocida como Papanicolaou para hacer una valoración morfológica de las células y establecer un diagnóstico presuntivo.

12. **Citología de Control**: Es aquella citología de cérvix que se realiza a las mujeres entre los 25 a 64 años de edad al año de haber sido tamizada, cuya citología fue satisfactoria y sin evidencia de lesión intraepitelial y de células malignas. Utilizando esquema 1-1-3.

13. **Citología de Seguimiento**: Es aquella citología de cérvix que se realiza a toda mujer con citología anterior satisfactoria con resultado alterado, para evaluar un procedimiento médico.

14. **Colposcopía:** Procedimiento diagnóstico en el que se emplea un equipo con sistema óptico de aumento, a través del cual se puede explorar vulva, vagina y cuello uterino.

15. **Conización Cervical:** Procedimiento quirúrgico utilizado para la resección de una lesión intraepitelial del cuello uterino, con una profundidad no menor a 5 mm, conteniendo toda la zona de transformación y la unión escamocolumnar para su evaluación.

16. **Conización con Asa Diatérmica:** Es un método que consiste en realizar la conización cervical utilizando un equipo de electro cirugía, mediante un electrodo de alambre fino por el que circula una corriente alterna de alta frecuencia y de bajo voltaje. Se conoce también como asa diatérmica de LEEP/LEETZ en forma abreviada, por sus siglas en inglés.

17. **Criocirugía o Crioterapia:** Tratamiento que consiste en la aplicación de una temperatura inferior a cero grados centígrados, con el objetivo de alcanzar el punto de congelación en las células produciendo la muerte celular por crionecrosis, puede utilizarse equipos que funcionan con Nitrógeno líquido, óxido nitroso o CO2.

18. **Detección Temprana:** Identificar oportunamente la infección o la presencia de lesiones pre-malignas (Lesión intraepitelial de alto grado) del cérvix con las pruebas de tamizaje, en la población supuestamente sana.

19. **Diagnóstico Definitivo:** Es el que se logra mediante el estudio histológico de las lesiones de cuello uterino.

20. **Diagnóstico Histológico:** Es el estudio de una muestra de tejido para valorar la existencia de lesión intraepitelial o invasora de cuello uterino.

21. **Displasia:** Término en desuso, reemplazado por Lesiones Intraepiteliales de Bajo y Alto Grado.

22. **Exocérvix:** Es la porción del cuello uterino que se encuentra exterior al orificio cervical externo y es fácil visualizarla en la exploración con espéculo.

23. **Falso Negativo:** Se calcula a partir de la sensibilidad de una prueba; las personas que reciben resultados negativos falsos de una prueba no recibirán el tratamiento que necesitan (porque su estado positivo no fue detectado).

24. **Falso Positivo:** Se calcula a partir de la especificidad de una prueba; las personas que reciben resultados positivos falsos de una prueba recibirán un tratamiento innecesario.

25. **Histopatología:** Área de la medicina que se dedica al estudio de la composición y estructura microscópica de las células y los tejidos, permitiendo la detección de anormalidades con la que se establece el diagnóstico de una alteración o enfermedad.

26. **Infección de Transmisión Sexual:** Infección adquirida mediante la relación sexual, intercambio de fluidos sexuales o contacto de las mucosas genitales.

27. **Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA):** Examen a simple vista del cuello uterino en el que se aplica ácido acético diluido al 3-5% el cual interactúa con las células enfermas, haciendo que las lesiones epiteliales adopten una tonalidad blanca para facilitar la identificación de zonas anormales.

28. **Legrado Endocervical:** Intervención instrumental que consiste en raspar con una cucharilla, legra o cepillo (citobrush) el canal endocervical para obtener una muestra para estudio histológico.

29. **Lesión Intraepitelial Escamosa:** Lesión precancerosa o anomalías de las células escamosas del revestimiento del cuello uterino. La clasificación de Bethesda distingue entre el SIL bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés) y SIL de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés). Esta clasificación se debe usar solo para notificar resultados de pruebas citológicas.

30. **Lesión Intraepitelial Persistente:** Se considera cuando se obtienen dos resultados positivos en citologías continuas dentro de un período de 12 a 24 meses sin tratamiento o 6 meses después del tratamiento.

31. **Metaplasia Escamosa:** Es la sustitución del epitelio glandular endocervical por otro de tipo escamoso en respuesta a diversos estímulos (PH, Endocrino, Trauma, Inflamación, etc.), es tan común que se considera un proceso fisiológico normal.

32. **Neoplasia:** Es un proceso patológico a través del cual ocurre una proliferación celular anormal, con alteración parcial o total en su estructura y función, con mayor índice de proliferación y capacidad de formar masas de carácter tumoral benigno o maligno.

33. **Neoplasia Intraepitelial Cervical:** Término utilizado según clasificación de Richard (1980), para lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, alteraciones en el epitelio en el que se observa pérdida de la estructura celular, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares, clasificándose de acuerdo a los tercios afectados del grosor del epitelio. (NIC)

34. **Primera Vez:** Se utiliza con fines de determinar el porcentaje de tamizaje anual y cobertura acumulada. Se aplicará en los casos en que a la mujer se le realice una prueba de tamizaje por primera vez y al iniciar un nuevo ciclo de tamizaje (ej. Prueba de VPH Negativo a los 5 años, tamizaje).

35. **Prueba ADN del VPH:** Es una nueva prueba de tamizaje utilizada para la detección molecular del ADN de tipos de VPH oncogénicos en muestras vaginales o del cuello uterino. Se obtiene una muestra de células del cuello uterino o la vagina con un pequeño cepillo.

36. **Prueba VPH:** Prueba híbrida o PCR para la detección de ADN de VPH de 14 cepas de alto riesgo 16, 18, 31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66 y 68.

37. **Quimioterapia:** Es una modalidad de tratamiento de pacientes con neoplasias malignas basado en la aplicación de medicamentos por vía oral o intravenosa.

38. **Radioterapia:** Es una modalidad de tratamiento de pacientes con neoplasias malignas y ocasionalmente padecimientos benignos basado en las radiaciones ionizantes.

39. **Rehabilitación:** atención brindada por un equipo multidisciplinario a las mujeres para adaptarse a los cambios provocados por el cáncer y el tratamiento del cáncer que pueden ser temporales o permanentes.

40. **Sangrado Transvaginal Anormal:** Es el sangrado que se presenta fuera del ciclo menstrual normal, sangrados en la postmenopausia, sangrado postcoital.

41. **Segunda Prueba:** En los establecimientos donde se realice la prueba de ADN de VPH y el resultado sea positivo, se debe realizar citología cervical.

42. **Solución de Yodo de Lugol:** Solución de yodo que se aplica al tejido cervical para facilitar la identificación del tejido anormal. El yodo interactúa con las células enfermas, haciendo que las lesiones epiteliales adquieran color amarillento mientras que el tejido normal se tiñe de color pardo (café oscuro) o negro.

43. **Tamizaje:** Aplicación de una prueba sencilla en una población aparentemente sana (*en este caso mujeres*) que no presentan signos ni síntomas de la enfermedad (*Lesiones pre cáncer o cáncer*) con el fin de detectar oportunamente a aquellas que tienen alguna alteración.

44. **Tasa de Efectividad (Éxito) al Tratamiento:** Porcentaje de un grupo de personas con una enfermedad o infección que se cura mediante un tratamiento específico.

45. **Tasa de Incidencia:** número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida y un tiempo especificado; por ejemplo, si se producen 500 casos nuevas de cáncer cervicouterino por año en un país con 5 millones de mujeres, la tasa “bruta” (es decir, no por grupos de edad) de incidencia de dicho cáncer es de 100 por 1 millón por año o de 10 por 100 mil por año.

46. **Tasa de Morbilidad:** Proporción de la población que sufre de una enfermedad particular en un tiempo especificado, a menudo expresada como número de casos por 100 mil habitantes por año.

47. **Tasa de Mortalidad:** Proporción de la población que muere de una enfermedad particular en un tiempo especificado, a menudo expresada como número de defunciones por 100 mil habitantes por año.

48. **Tasa de Prevalencia:** Proporción de las personas de una población definida que padecen de una afección o enfermedad en un momento determinado. (casos nuevos y viejos)

49. **Tasa de Supervivencia:** Proporción del total de personas con una afección que siguen vivos después de un tiempo.

50. **Tratamiento Ablativo:** Se refiere a tratamientos que destruyen a las células cancerosas, usualmente con calor (termocoagulación) o frío extremo (crioterapia).

51. **Unión Escamoso-Columnar:** La unión escamo-columnar es definida como el borde entre el epitelio escamoso y el epitelio columnar. En el cérvix uterino Sufre cambios con la edad y las diferentes etapas de la vida por estímulos estrogénicos.

52. **Virus del Papiloma Humano:** Agente patógeno de transmisión sexual, pertenece a la familia de los Papovavirus, se conocen más de 100 tipos que infectan las células del tracto genital inferior, toma particular importancia en el cérvix ya que puede provocar cambios celulares paulatinos que se han asociado con la posibilidad del desarrollo del cáncer cérvico uterino. (VPH)

53. **Zona de Transformación:** Es el área del cérvix en la que tiene o ha tenido lugar una trasformación o sustitución del epitelio columnar por epitelio escamoso o sea donde se da la metaplasia escamosa. Su importancia radica en que es el sitio donde se origina la mayoría de los carcinomas escamosos.

VI. Definición de la Norma

Documento normativo que proporciona disposiciones basadas en evidencia científica, procedimientos técnicos y gerenciales, incluyendo el monitoreo y evaluación para la promoción, prevención, detección temprana, diagnostico precoz, manejo, tratamiento oportuno y seguimiento de las lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino.

VII. Objeto de la Norma

Estandarizar los procesos y procedimientos de promoción, prevención, detección temprana, diagnostico precoz, manejo, tratamiento oportuno y seguimiento de las lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino.

VIII. Campo de Aplicación

Personal de salud capacitado en las competencias técnicas para la promoción, prevención, diagnóstico precoz, manejo oportuno y seguimiento de las lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino en todos los establecimientos de salud, públicos y privados.

IX. Universo de la Norma

Mujer que, haya iniciado su vida sexual activa entre los 15 a 99 años, priorizando las de 25 a 64 años.

X. Disposiciones Generales:

1. El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Servicios de Salud, es el garante del cumplimiento de la Normativa.

2. Garantiza el funcionamiento del comité interdisciplinario (especialista en ginecología oncología, oncología médica, anestesiología, radioterapia, psico-oncología, cuidados paliativos y manejo del dolor), para el abordaje del cáncer cervicouterino en los centros oncológicos.

3. Coordina con la Dirección General de Docencia la capacitación a los profesionales de los SILAIS, de la presente normativa y monitoreando la réplica en los diferentes niveles de atención.

4. Gerencia el sistema de información SIVIPCAN desde los SILAIS y los establecimientos de salud, quienes deben realizar el llenado adecuado y completo del instrumento, enviar información y análisis en los primeros 10 días de cada mes, con información actualizada.

5. Vigilancia y Control de los Estándares de Calidad (estructura, proceso y resultados) de las pruebas de tamizaje disponibles, siendo la citología cervical el principal método de elección para el tamizaje del CaCu.

6. Supervisa la aplicación adecuada de las diferentes pruebas de tamizaje a todas las mujeres, según los criterios de inclusión y exclusión en esta normativa, especialmente en el grupo de 30 a 49 años, así como de que se cumpla con los criterios de priorización para la lectura de biopsias y tratamiento oportuno según resultados.

7. Monitorea y evalúa los estándares de calidad de las 7 Unidades de administración de Quimioterapia y Cuidados Paliativos para el cáncer cervicouterino.

8. Garantiza el tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos) en los establecimientos de salud donde las pacientes estén ingresadas.

9. Supervisa el funcionamiento de los equipos médicos (asa diatérmica de LEEP/LEETZ, equipos que funcionan con nitrógeno líquido, óxido nitroso o CO2, Colposcopios, entre otros) disponibles en la red de servicios según nivel de resolución para el manejo de las lesiones pre-malignas para cáncer cervicouterino.

XI. Disposiciones Específicas

SILAIS: el director del SILAIS garantiza:

1. La planificación estratégica para la promoción, prevención, el diagnóstico, tratamiento temprano, seguimiento, rehabilitación y control del cáncer cervicouterino.

2. Que los establecimientos de salud, organicen el servicios y atención, para brindar las acciones de promoción, prevención, captación, tamizaje, diagnóstico y tratamiento de las pacientes, según la normativa Incluyendo los cuidados paliativos.

3. El monitoreo y verifica que los centros de lectura de PAP y servicios de patología, den prioridad a la lectura de PAP en un período menor a un mes y a biopsias colposcópicas productos de PAP con diagnósticos de lesiones premalignas.

4. Que los Responsable del Programa de Cáncer de los SILAIS monitoreen los establecimientos de salud para que brinden seguimiento a las pacientes con lesiones intraepiteliales y diagnosticadas con CaCu de forma priorizada y que la red comunitaria participe en el seguimiento y apoyo a las pacientes con diagnóstico de cáncer.

5. La supervisión del sistema de vigilancia para el cáncer (SIVIPCAN), verificando el cumplimiento de los 6 pasos normados para su funcionamiento.

6. Que los Responsables del Programa de Cáncer de los SILAIS monitoreen la calidad de la información en el SIVIPCAN desde los establecimientos de salud, quienes realizan el llenado adecuado y actualizado en el instrumento, análisis para enviarlo en los primeros 7 días de cada mes a la División de Estadística.

7. Los responsables del Programa de Cáncer de los SILAIS deben enviar la información de seguimiento y tratamiento de las pacientes, la cual deberá ser remitida en los primeros 10 días de cada mes a la Dirección de Servicios de Salud

8. El monitoreo para el cumplimiento de los de los controles de calidad de las pruebas de tamizaje en todos los establecimientos de salud

9. Garantiza la supervisión, monitoreo y evaluación para el cumplimiento de los indicadores establecidos en la normativa

10. Garantiza la divulgación y capacitación de esta norma en todos los establecimientos de salud de su área de influencia.

11. Fortalece, la articulación con la red comunitaria, los servicios del primer y segundo nivel de atención, para mantener el flujo de atención bidireccional, Referencia y Contra referencia a través de la implementación del MOSAFC.

En los Hospitales: el director del hospital garantiza:

1. El cumplimiento de la normativa del personal de salud que está en las áreas de atención integral a la mujer.

2. Promueve que el personal de salud a su cargo brinde educación e información sobre promoción, prevención y detección temprana de cáncer cervicouterino a las mujeres que acuden a la atención.

3. Monitorea que durante la consulta y previo a la realización de algún procedimiento de tamizaje, la paciente recibirá consejería sobre la prueba y sus resultados.

4. Supervisa el uso adecuado de las diferentes pruebas de tamizaje según los criterios de inclusión y exclusión que aparecen en la normativa, así como de que se cumpla con los criterios de priorización para la lectura de biopsias y tratamiento oportuno según resultados.

5. Coordina entre el primer y segundo nivel de atención para el seguimiento de las pacientes con lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino, corresponde al primer nivel integrar a la red comunitaria al acompañamiento a través la implementación del MOSAFC.

6. Garantiza el registro semanal de la productividad de mujeres beneficiadas con Citología, IVAA, Colposcopía, Asa Diatérmica y Biopsia para la detección precoz y manejo de lesiones intraepiteliales en los formatos e instrumentos establecidos, los cuales serán parte del total, de datos estadísticos del SILAIS correspondiente.

7. Garantiza el correcto llenado de la solicitud de PAP o biopsia para ser ingresados al SIVIPCAN y enviar información semanal al SILAIS correspondiente

8. Supervisa que el responsable de patología mantenga actualizado el sistema de información SIVIPCAN, quienes deben registras los resultados de las pruebas realizadas de forma inmediata (PAP, Biopsia).

9. Garantiza la continuidad del proceso de la atención a toda paciente que presente lesiones intraepiteliales o cáncer del cuello uterino, para confirmar el diagnóstico, clasificar y estadificar la lesión de acuerdo a lo establecido en esta norma y su protocolo. Incluyendo los cuidados paliativos.

10. Garantiza seguimiento a toda paciente que se identificó con alteraciones en el cuello uterino, independientemente de que la paciente se esté realizando controles en otra unidad de salud de mayor resolución con la debida referencia, siempre y cuando la mujer pertenezca a la zona de cobertura del establecimiento.

11. Garantiza que entre los diferentes niveles de atención se realice adecuada referencia, contrareferencia e interconsultas con enfoque de atención multidisciplinario a fin de garantizar atención integral, control y seguimiento, cuando el paciente lo necesite.

12. Garantiza la referencia o contrareferencia junto a un resumen clínico por escrito a toda paciente que amerite o solicite seguimiento en otra unidad de salud.

Centros de Salud y Puestos de Salud: el responsable es el director del establecimiento de salud

1. Garantiza el cumplimiento de la presente normativa en promoción, prevención y detección temprana de cáncer cervicouterino a las mujeres que acuden a la atención.

2. Coordina con la red comunitaria (promotores de salud) la realización de actividades de promoción y prevención para el control del cáncer del cuello uterino.

3. Organiza los servicios de atención para la captación, tamizaje, diagnóstico y referencia de pacientes con lesiones premalignas al mayor nivel de resolución.

4. Monitorea que se brinde consejería previa a la realización del procedimiento de tamizaje y al momento de dar los resultados.

5. Monitorea que se realicen las pruebas de tamizaje según los criterios de inclusión y exclusión que aparecen en la normativa.

6. Coordina con el segundo nivel de atención para el seguimiento de los procedimientos mediante la gestión de la atención integrada a través de la referencia e implementación del MOSAFC.

7. Garantiza el correcto llenado de la solicitud de PAP o biopsia para ser ingresados al SIVIPCAN y enviar información semanal al SILAIS correspondiente.

8. Supervisa que se realice la referencia adecuada de toda paciente que presente lesiones intraepiteliales o cáncer del cuello uterino, para ser valorada en la unidad de mayor resolución para confirmar diagnóstico, clasificar y estadificar la enfermedad y evaluar el tratamiento a seguir según protocolo.

9. A través de los ESAFC/GISI dará seguimiento a las pacientes contra referidas del servicio de oncología a fin de garantizar seguimiento, control y rehabilitación; así mismo reporta cuando una paciente se traslada a vivir en otro departamento o municipio con el fin de garantizar la continuidad de la atención.

10. Establece los mecanismos para realizar las interconsultas conforme a las necesidades de cada paciente y las co-morbilidades asociadas garantizando la atención integral con enfoque multidisciplinario.

XI. Definición y Elaboración del Procedimiento

Las técnicas de tamizaje para la prevención del cáncer cervicouterino deben ser aplicadas en mujeres que ya iniciaron vida sexual comprendidas entre los 15 a 99 años de edad; cada técnica se establece según grupos etarios y criterios de aplicación con el objetivo de ampliar cobertura en mujeres en edad de riesgo epidemiológico (MERE) de desarrollar una lesión intraepitelial o cáncer cervicouterino.

1. Promoción

La promoción de la salud constituye una nueva estrategia dentro del campo de la salud y el ámbito social. Está dirigida hacia la elaboración de planes de actuación concreta, como un enfoque que promueve la salud y está orientando hacia los estilos de vida. En el caso del cáncer de cérvix están vinculado a los factores de riesgos, para reforzar estilos de vida saludables, siendo los temas coincidentes para la prevención;-Inicio precoz de las relaciones sexuales, Infección cérvico vaginales, Enfermedades de transmisión sexual, Múltiples compañeros sexuales. Compañero sexual promiscuo, No uso de anticonceptivos de barrera, Paridad y edad del primer embarazo, Factores inmunológicos, Hábito de fumar, Dieta baja en carotenos, Antecedentes familiares de cáncer cérvico uterino.

Las acciones de promoción por tanto se ven favorecidas por el modelo de atención familiar comunitario encaminados al trabajo con la comunidad en las causas de la enfermedad involucrado a la sociedad y el medio ambiente. (Ver Sanabria Ramos G. 2010 Momentos significativos para la promoción y la educación para la salud en Cuba. La Habana)

2. Prevención Primaria

Los métodos de prevención primaria para cáncer cervicouterino van a ir orientados a:

Detección temprana de factores de riesgo:

- Educación Sexual Saludable para niños y niñas, adaptada según la edad y cultura, con el objetivo de reducir el riesgo de transmisión del VPH e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH
- Abordar el retraso en la iniciación sexual y reducción de conductas sexuales de alto riesgo.
- advertencias e información sanitaria sobre el consumo de tabaco.
- promoción y provisión de condones para las personas sexualmente activas.

Las mujeres que se infectan con los tipos de riesgo elevado de VPH desarrollarán el *cáncer de cuello del útero, de las cuales se estima que el 70% a 90% de mujeres eliminan la infección espontáneamente en los siguientes 2 años de adquirida*; por lo tanto para que se dé el desarrollo del cáncer el virus de Papiloma humano es una condición necesaria pero no suficiente en la génesis de las lesiones intraepiteliales y el cáncer, habiéndose identificado cofactores, los cuales favorecen la persistencia y la progresión de la infección, los factores de riesgo establecidos son:

a) Inicio de vida sexual a temprana edad.

Las mujeres que iniciaron su vida sexual a edad muy temprana y tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos, son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.

b) Múltiples parejas sexuales

Las relaciones sexuales con varias parejas constituyen uno de los principales factores de riesgo para la infección por VPH, ya que se tiende a adquirir múltiples tipos.

c) Paridad

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios

hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.

d) **Tabaquismo:**

Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.

e) **Enfermedades de transmisión sexual**: ejemplo Chlamydia trachomatis (infección genital y ano rectal no complicada)

Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal.

f) **Otras infecciones** (como: VIH, citomegalovirus, herpes genital o herpes virus tipo II)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH o HIV, en inglés), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con SIDA (AIDS siglas en inglés) tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con VIH, una lesión intraepitelial del cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal.

g) **Infección por múltiples cepas de Virus del papiloma de alto riesgo.**

Pacientes que son portadoras de múltiples cepas tienen mayor riesgo de presentar persistencia y mayor progresión de las lesiones intraepiteliales.

h) **Desnutrición**

Una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección y la evolución de las lesiones intraepiteliales cervicales hasta el cáncer del cuello uterino inclusive.

i) **Anticonceptivos**

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer cervicouterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas.

3. Prevención Secundaria

En todos los establecimientos de salud en relación a la prevención secundaria se realizan diferentes tipos de tamizajes para diagnóstico de lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino los cuales se aplican según disponibilidad. **La citología cervical será siempre el método de predilección para tamizaje de cáncer cervicouterino.**

1.) Tamizaje con prueba ADN del VPH

El tamizaje con pruebas de detección ADN del VPH se podrá realizar a través de los diferentes establecimientos prestadores de servicios de salud, según su disponibilidad y capacidad para ofrecer este tipo de prueba.

La oferta se hará a mujeres que ya han iniciado vida sexual, previa consejería para sus dos modalidades: auto-toma (muestra vaginal) y toma por personal de salud (muestra cervical o vaginal) con énfasis en:

- Mujeres de 30 a 59 años. (Recomendación Firme)
- Mujeres que nunca se han realizado Papanicolaou o IVAA.
- Mujeres que su último tamizaje con Papanicolaou o IVAA fue hace 3 años o más.

Criterios de exclusión para tamizaje con prueba de ADN de VPH

- Sin experiencia sexual.
- Embarazo.
- Sangrado abundante.
- Historia de lesión pre cancerosa o cáncer cervicouterino.
- Histerectomía.

2.) Tamizaje con Citología Cervical o Papanicolaou

La citología cervical es el método de elección para el tamizaje de cáncer cervicouterino, se ofertará a las mujeres de 15 a 99 años que hayan iniciado su vida sexual, con énfasis:

1. Priorizando al grupo etario de 25 a 64 años de edad. (Nivel de Recomendación A).
2. Mujeres que nunca han sido tamizadas.
3. Mujeres en el rango de 30 a 45 años y su último tamizaje fue hace tres años o más.
4. Mujeres portadoras de VIH o inmunocomprometidas.
5. Mujeres con factores de riesgo para cáncer del cuello uterino.

Criterios de exclusión para tamizaje con Citología:

1. No haber iniciado vida sexual
2. Sangrado intenso
3. Lesión macroscópica evidente de cáncer (referir de inmediato a ginecología)

Se deberá tener en cuenta la distribución porcentual de la siguiente manera:

- Grupo etario de 15 a 24 años de edad=10%. (Nivel de recomendación A).
- Grupo etario de 25 a 29 años de edad=15%. (Nivel de recomendación A).
- Grupo etario de 30 a 49 años de edad=60%. (Nivel de recomendación A).
- Grupo etario de 50 a 59 años de edad=10%. (Nivel de recomendación A).
- Grupo etario de 60 a + años de edad=05%. (Nivel de recomendación A).

Reducción de oportunidades perdidas

El personal de salud deberá promover y realizar la prueba de citología a toda mujer que consulta en los diferentes servicios de cualquier nivel de atención, ya sea por causa ginecológica, obstétrica o cualquier otra, que cumpla con lo establecido en la norma en relación a la edad y frecuencia del tamizaje.

Esquema de aplicación de la prueba citológica:

Al realizar la prueba se deberá brindar consejería que conlleve aclaraciones de duda sobre el procedimiento, así mismo cuando se tengan los resultados; la citología debe realizarse según el rango de edad:

- Para mujeres menores de 25 años se debe seguir el esquema: 1-3-3 (primero a la captación, si la primera es normal la segunda a los 3 años, y luego a los 3 años, si continúan negativos mantener esta periodicidad) dado la poca probabilidad de desarrollar cáncer invasor, detectando una mayor cantidad de lesiones de bajo grado con altas posibilidades de regresión y una mayor cantidad de pacientes referidas innecesariamente para colposcopía.

- Para mujeres entre 25 y 64 años que nunca se han realizado una citología, se debe seguir en el esquema: 1-1-3 (el primero a la captación, el segundo anual si el segundo es negativo cada 3 años) debido a que el esquema ha demostrado aumentar la oportunidad del diagnóstico temprano de lesiones precursoras, reduciendo la incidencia y la mortalidad por cáncer de cérvix. En caso que la mujer inició tamizaje antes de los 25 años, continuar con el esquema cada 3 años. (Nivel de recomendación A).

- Para mujeres mayores de 64 años que nunca se han realizado una citología, se deben realizar dos citologías bajo el esquema: 1-3, si ambas son negativas, finalizar el tamizaje. En caso de tener un historial de citologías normales al momento de la consulta, se debe suspender las citologías.

Edad	Antecedentes	Esquema de Tamizaje
Antes de los 25	No posee citología anterior	1 – 3 – 3
Entre 25 y 64 años	No posee citología anterior	1 – 1 – 3
Entre 25 y 64 años	Con citologías anteriores normales	3 – 3
Mayores de 64 años	No posee citología anterior	1 – 3 y Suspender
Mayores de 64 años	Con citologías anteriores normales	Suspender

Informe de los resultados de la citología cervical

Deberá de entregarse el resultado en un periodo no mayor a un mes. Para los reportes se utilizará la nomenclatura del sistema Bethesda 2014; en caso de que la paciente no llegue a su resultado, realizar visita a domicilio priorizando los casos positivos.

Conducta a seguir según los resultados de citología cervical.

- Cuando el reporte de la citología es **NO HAY EVIDENCIA DE LESIÓN INTRAEPITELIAL Y DE CÉLULAS MALIGNAS**, el establecimiento de salud le hará entrega del mismo, brindando consejería, es de suma importancia motivar a las mujeres para que cumplan con regularidad sus citas de acuerdo a la frecuencia de toma de citología por rango de edad definidos en el inciso de procedimientos de la presente normativa.

- Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como **INSATISFACTORIA** deberá repetirse la muestra en 3 meses.

- Si la citología reporta **NO HAY EVIDENCIA DE LESIÓN INTRAEPITELIAL Y DE CÉLULAS MALIGNAS,** pero se reporta ausencia de Células Endocervicales /Zona de Transformación, se decidirá si se repite la citología en 12 meses o a los 3 años, si no tiene antecedentes de lesión.

- Si la citología reporta **NO HAY EVIDENCIA DE LESION INTRAEPITELIAL Y DE CELULAS MALIGNAS**, pero se reporta ausencia de Células Endocervicales/Zona de Transformación, se repetirá la citología en un período no menor de 3 meses si hay antecedentes de lesión.

- Si la citología en mujeres mayores de 25 años reporta **ATIPIA ESCAMOSA (ASC-US) y LIE DE BAJO GRADO** por primera vez, deben ser seguidas con otra citología en 12 meses y si persiste dicha alteración realizar colposcopía. Si se confirma lesión de bajo grado hacer tratamiento ablativo. En caso de ser negativo continuar seguimiento con citología cada 3 años.

- Si la citología en mujeres menores de 25 años reporta **ATIPIA ESCAMOSA (ASC-US) y LIE DE BAJO GRADO** por primera vez, pueden ser seguidas con otra citología en 12 meses por dos años y si persiste referir a colposcopía, y si se confirma que es una lesión de bajo grado o negativa dar seguimiento cada 3 años con citología. (ver flujogramas de manejo).

- Casos en que la citología reporta alteración como: **ASC-H, AGC Y LIE DE ALTO GRADO, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS**, deben ser referidos para evaluación por el médico ginecólogo/a, quien realizará su evaluación colposcópica y tratamiento según edad (ver flujogramas de manejo).

3.) Tamizaje con inspección visual con ácido acético (IVAA)

La inspección visual con ácido acético, es una prueba a utilizar para la detección de lesiones intraepiteliales y cáncer del cervicouterino, para mujeres que han iniciado la vida sexual, la cual debe de ser realizada a toda mujer en el momento del tamizaje, con énfasis en:

Criterios de inclusión para el tamizaje con IVAA

- Mujeres de 30 a 49 años de edad (Recomendación Firme).
- Mujeres que nunca han sido tamizadas.
- Mujeres que su último tamizaje fue hace 3 años o más.

Criterios de exclusión para el tamizaje con IVAA:

- Mujeres que no han iniciado vida sexual.
- Mujeres que están siendo tratadas por lesión intraepitelial cervical o cáncer del cuello uterino.
- Mujeres que han tenido una histerectomía total.
- Paciente que presenta sangrado al momento de la consulta.
- Embarazadas y puérperas.

Diagnóstico Histológico

Dado que la citología de cuello uterino como parte del tamizaje nos brinda el diagnóstico presuntivo, se requiere de la evaluación histológica para establecer un diagnóstico definitivo de lesiones intraepiteliales y cáncer cervicouterino.

Evaluación colposcópica y biopsia

Se tomarán biopsias de las lesiones sospechosas dirigidas por colposcopia a pacientes con resultados positivo y sospechoso de IVAA; citología con reportes de ASC-H, AGC, LIE-AG y algunas ASC-US o LIE-BG con co-factores de riesgo. (Nivel de Recomendación A). se deberá incluir legrado endocervical cuando la lesión se introduzca al canal endocervical.

Se realizará el llenado de la ficha del reporte de colposcopía basado en la terminología colposcópica del cuello uterino de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC) 2011 y ASCCP2017 (Anexo 3: Recuadro de terminología de colposcopía).

Resultado histológico y conducta a seguir:

Debe de garantizarse el resultado de biopsia en un período no mayor a un mes para informarle y brindarle consejería a la paciente sobre los resultados, alternativas y aplicación de tratamiento.

NIC 1 o menor (LIEBG): El tratamiento solo se justifica en pacientes en los que la lesión persiste en un tiempo no menor a 1 año, por lo que se puede realizar citología de control solamente y donde esté disponible realizar prueba de VPH siguiendo la normativa.

NIC 2 o mayor (LIEAG): Estas pacientes tienen un riesgo considerable de progresión por lo que es preferible hacer tratamiento, con métodos escisionales de primera elección o bien si se presenta todos los criterios de elección para terapia ablativa realizar esta última.

Paciente con resultado de biopsia por colposcopia positivo o sospecha de Cáncer referirla al servicio de oncología.

Indicaciones de conización diagnóstica: realizada en hospitales por el ginecobstetra

- Carcinoma Microinvasor en la biopsia previa.
- LIE-AG y colposcopía insatisfactoria.
- Adenocarcinoma In Situ.
- Discrepancia entre la citología, colposcopia e histología.
- Legrado Endocervical positivo.
- Anormalidad glandular
- Lesión se introduce en el canal
- Carcinoma in situ

Modalidades de Tratamiento:

Una vez confirmado mediante biopsia el diagnóstico de lesiones intraepiteliales cervicales, se realizará consejería para elegir de mutuo acuerdo la decisión terapéutica:

- Seguimiento citológico por dos años (Nivel de Recomendación A).
- Crioterapia o Termocoagulación (tratamiento ablativo), (Nivel de Recomendación A).
- Conización con Asa Diatérmica de LEEP/LEETZ (Nivel de Recomendación C).
- Cono Frío
- Histerectomía
- En caso de identificarse cáncer cervicouterino será referida con sus estudios al siguiente nivel de resolución correspondiente.

Otra alternativa es "ver y tratar" cuando las condiciones y la lesión lo permitan

Lesión intraepiteliales y embarazo:

Citología anormal en el Embarazo

a) Pacientes embarazadas con citología que reporta algún tipo de alteración relacionada con las Lesiones Intraepitelial, se remitirá inmediatamente al ginecólogo/a para valorar si es necesario realizar colposcopia.
b) En general no se toma biopsia, a menos que haya sospecha de cáncer invasor.
c) De confirmarse la presencia de la lesión se dejará en observación, durante todo el embarazo, en el único caso que estaría indicada la conización diagnóstica, es ante la sospecha de cáncer invasor, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación.
d) Ofrecer el parto vía vaginal y recurriendo a la cesárea sólo si hay indicación obstétrica. Se realiza nueva valoración con colposcopia 12 semanas después del parto, definiendo la conducta de acuerdo a los hallazgos (categoría B-II).

LIEBG y embarazo

Paciente sujeta a Observación, sin aplicar tratamiento.

LEIAG y embarazo

Se debe manejar como citología anormal en el embarazo. En el único caso que estaría indicada la conización diagnóstica, es ante la sospecha de invasor, la cual se realizará en el segundo trimestre de la gestación (Nivel de recomendación B).

Cáncer cervicouterino y embarazo

Por lo complejidad del manejo estas pacientes deben ser referidas al Centro Oncológico de Referencia Nacional (HBCR), donde existe el mayor nivel de resolución,

Todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix durante el embarazo deben ser asesoradas por un equipo multidisciplinario, el cual estará conformado por especialista en ginecología oncología, neonatología, obstetricia, anestesiología, radioterapia, oncología médica, psico-oncología, ética y la parte legal.

Atención Especializada al Cáncer Cervicouterino

Se debe contar con un equipo multidisciplinario para brindar un manejo integral tanto para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos.

Confirmación diagnóstica: Se deberá realizar revisión de laminillas y confirmar diagnóstico histológico.

Estadificación clínica: Se utilizará el sistema de estadificación de la FIGO 2018 para establecer el estadio previo al tratamiento.

Estudios de extensión:

Todos los estadios clínicos:

a) Transferencia con resumen clínico y valoración Gineco - oncológica de Especialista del Hospital de Referencia.
b) Estudio Histopatológico que demuestre enfermedad Oncológica a tratar (Biopsias).

En estadios Ia1- Ib2:

a) Radiografía de Tórax
b) Ultrasonido abdominal y pélvico.
c) Tomografía de tórax si existe anormalidad en Radiografía de Tórax.
d) Tomografía Abdominal y Pélvica si existe disponibilidad institucional.
e) Resonancia Magnética Pélvica de existir disponibilidad con el objetivo de valorar extensión e infiltración en los tejidos adyacentes.
f) Exámenes de laboratorio actualizados con pruebas de función renal y hepática.
g) Valoración Cardiológica a todas las mujeres especialmente a mayores de 40 años.

A partir de los estadios Ib3 en adelante:

a) Radiografía de Tórax.
b) Tomografía de tórax si existe anormalidad en Radiografía de Tórax.
c) Ultrasonido Abdominal y Pélvico.
d) Tomografía Abdominal y Pélvica simple, con contraste y en fase excretora (siempre y cuando presente función renal normal y sin datos de alergias al medio de contraste).
e) Resonancia Magnética pélvica: para valorar extensión e infiltración en los tejidos adyacentes. (Con valor predictivo negativo del 100%, Se puede prescindir de Cistoscopia y Rectosigmoidoscopía). Si existiese infiltración vesical o rectal por Resonancia magnética, es indicativo confirmar con biopsia.
f) Cistoscopia si no se tiene Resonancia Magnética.
g) Rectosigmoidoscopía: si no se tiene Resonancia Magnética.
h) Serie Ósea Metastásica de no contar con gammagrafía ósea.
i) Gammagrafía ósea de presentar síntomas clínicos que justifiquen su indicación.
j) Exámenes de laboratorio actualizados con pruebas de función renal y hepática.
k) Prueba de embarazo en todas las mujeres en estado fértil.
l) Valoración Cardiológica a todas las mujeres.

Tratamiento del cáncer del cuello uterino

Existen líneas de manejo estándar de acuerdo a cada etapa clínica, sin embargo, cada paciente debe ser evaluada de manera particular sobre la base de sus factores pronósticos, para poder brindarle su mejor alternativa de tratamiento (***Ver Protocolo de Prevención y Atención del Cáncer Cervicouterino).***

En el caso de las embarazadas, retrasar el tratamiento hasta alcanzar la madurez fetal, realizar cesárea y completar el tratamiento.

XII. Indicadores para evaluar la norma

Cobertura: tamizaje y priorizar con el tamizaje basada en Citología cervical para la detección de las lesiones intraepiteliales al grupo poblacional de mayor riesgo de desarrollar pre Cáncer y Cáncer Cervicouterino.

La estrategia de tamizaje debe beneficiar al menos al 80% de las mujeres en edades de riesgo que para la planificación se debe tener identificado el universo de mujeres en las edades comprendidas de 30-49 años. Sólo cuando se logra esto, es legítimo extender el tamizaje a edades más tempranas por debajo de los 25 años de edad.

Indicadores a evaluar y monitorear.

Indicador	Estructura del Indicador (constante x 100)	Fuente de recolección de la información	Frecuencia de Medida	Muestra (umbral)
Indicador de promoción				
1. Porcentaje de actividades de promoción realizadas	Numerador: Número de actividades realizadas en un periodo Denominador: Número de actividades programadas en un periodo	Informe de actividades realizadas	Análisis: Mensual Trimestral Semestral Anual	80%
Indicador de detección				
2. Cobertura anual	Numerador: Número de mujeres que se han sometido por primera vez a una prueba de tamizaje en un año. Denominador: Población estimada de mujeres de 15 años y más en un período un año	Recolección de datos: 1) SIVIPCAN. 2) Estimación de Población asignada.	Análisis: Anual	80%
3. Porcentaje de Tamizaje Anual	Numerador: Número de mujeres de 25 a 64 años que se han sometido a una prueba de tamizaje por primera vez en un periodo de 12 meses. Denominador: Población estimada de mujeres de 25 a 64 años en 12 meses.	Recolección de datos: 1) SIVIPCAN. 2) Estimación de Población asignada.	Análisis: Trimestral Semestral Anual	45%
Indicadores de diagnóstico y tratamiento				
4. Porcentaje de positividad	Numerador: Número de mujeres de 25 a 64 años con resultado positivo en un periodo de 12 meses. Denominador: Total de mujeres de 25 a 64 años sometidas a tamizaje en un periodo de 12 meses.	Recolección de datos: 1) SIVIPCAN.	Análisis: Mensual Trimestral Semestral Anual	100%

Indicador	Estructura del Indicador (constante x 100)	Fuente de recolección de la información	Frecuencia de Medida	Muestra (umbral)
5. Tasa de tratamiento.	Numerador: Número de mujeres de 25 a 64 años con resultados positivo en el tamizaje que finalizan un tratamiento apropiado en un periodo de 12 meses. Denominador: Número de mujeres con resultados positivos en el tamizaje en un periodo de 12 meses.	Recolección de datos: 1)SIVIPCAN 2)Expediente Clínico (Auditoria/verificación)	Análisis Trimestral	100%
Indicadores de seguimiento				
6. Tasa de efectividad (éxito) al tratamiento.	Numerador: Número de mujeres de 25 a 64 años con resultados negativo a la evaluación a los 12 meses. Denominador: Número de mujeres tratadas.	Expediente Clínico (Auditoria/verificación)	Análisis anual	90%
7. Tasa de Morbilidad	Numerador: Número de mujeres con Cáncer cervicouterino diagnosticada en un año determinado. Denominador: Número de total de mujeres	Recolección de datos: Estadísticas MINSA	Análisis anual	
8. Prevalencia	Numerador: Número de mujeres con Cáncer cervicouterino diagnosticadas en un periodo determinado Denominador: Número de total de mujeres	Recolección de datos: Estadísticas MINSA	Análisis: Anual	
9. Tasa de Mortalidad por cáncer cervicouterino	Numerador: Número de mujeres fallecidas por Cáncer cervicouterino en un año determinado. Denominador: Número de total de mujeres	Estadísticas Vitales del MINSA	Análisis: Anual	

XIII. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud, Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales – 2ª ed. ©, 2014.

2. Cervical cancer screening and prevention. Practice Bulletin No. 168. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2016; 128:e111–30.

3. World Health Organization Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2nd ed. 2014 ISBN 978-92-4-154895-3.

4. Caja de herramientas para los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino OMS/ DCD2019.

5. Denny L, Kuhn L, De Souza M, Pollack A, Dupree W,Wright T Jr. Screen-and-treat approaches for cervical cancer prevention in low-resource settings: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association. 2005; 294(17):2173–2181

6. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS, 2014. © Organización Mundial de la Salud, 2014

7. New England Journal of Medicine 348(6): 518–527, Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. (February 6, 2003).

8. E.A. Joura et al. / European Journal of Cancer 116 (2019) 21e26. Human papillomavirus vaccination: The ESGO e EFC position paper of the European society of Gynaecologic Oncology and the European Federation for colposcopy.

9. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010.

10. Guías de práctica clínica para el manejo de lesiones pre malignas del cuello del útero. 2016 San José Costa Rica

11. Guía Para La Prevención mundial y el control del cáncer cervicouterino, FIGO octubre 2009.

12. Guías de práctica clínica. Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras del cáncer del cuello cervicouterino en primer y segundo nivel de atención. 2018-CENETEC. México.

13. Huh WK, Ault KA, Chelmow D, Davey DD, Goulart RA, Garcia FA, et al. Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. Obstet Gynecol 2015;125:330–7.

14. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017 No 19, 2017, 92, 241–268

15. Jose Jeronimo, MD,* Pooja Bansil, MPH,* Jeanette Lim, MPH,* Roger Peck, BS,* Proma Paul, MHS,*.A Multicountry Evaluation of careHPV Testing, Visual Inspection With Acetic Acid, and Papanicolaou Testing for the Detection of Cervical Cancer, 2009-2012.

16. Lewis M. J. Análisis de la Situación del Cáncer Cérvico Uterino en Latinoamérica y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud, 2004.

17. Manual de Usuario del Sistema de Vigilancia para la Prevención del Cáncer en la Mujer (SIVIPCAN®). Almendarez, J. et al 2015 © Ministerio de Salud/Fundación Movicáncer

18. MINSA-GRUN. Ley General de Salud 423 y sus Reglamentos. Managua: s.n., 2011.

19. MINSA-GRUN. Normativa 070. Norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud. Managua: MINSA, 2011.

20. Meites et al. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. August 16, 2019 / Vol. 68 / No. 32

21. Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. MINSA 2000.

22. Norma Técnica de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. MINSA 2006.

23. Oncoguía SEGO, prevención del cáncer del cuello del útero 2014, pág. 8

24. Plan de implementación de tamizaje con pruebas ADN del VPH para la prevención del cáncer cérvico uterino en tres SILAIS de Nicaragua.2015.

25. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. OPS/OMS

26. Plan de Acción de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas 2013-2019 OPS/OMS.

27. La Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino (resolución CD48.R10) OPS/OMS.

28. Sankaranarayanan R, Esmy PO, Rajkumar R, et al. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: A cluster-randomised trial. The Lancet. 2007;370(9585):398–406.

29. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. The New England Journal of Medicine. 2009;360(14):1385–1394.

30. Sherris J, Wittet S, Kleine A, et al. Evidence-based, alternative cervical cancer screening approaches in low resource settings. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2009;35(3):147–154.

31. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. CA Cancer J Clin 2012;62:147–72. Available at: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21139. Retrieved August 24, 2018.

32. Sistemas de Información de los Programas de Prevención de Cáncer Cervicouterino en América Latina y El Caribe. © 2016 Red de Institutos e Instituciones Nacionales del Cáncer (RINC-UNASUR).

33. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. Use of a 2-Dose Schedule for Human Papillomavirus Vaccination — Updated. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR / December 16, 2016 / Vol. 65 / No. 49

34. WHO. Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice. Geneva: WHO; 2014.

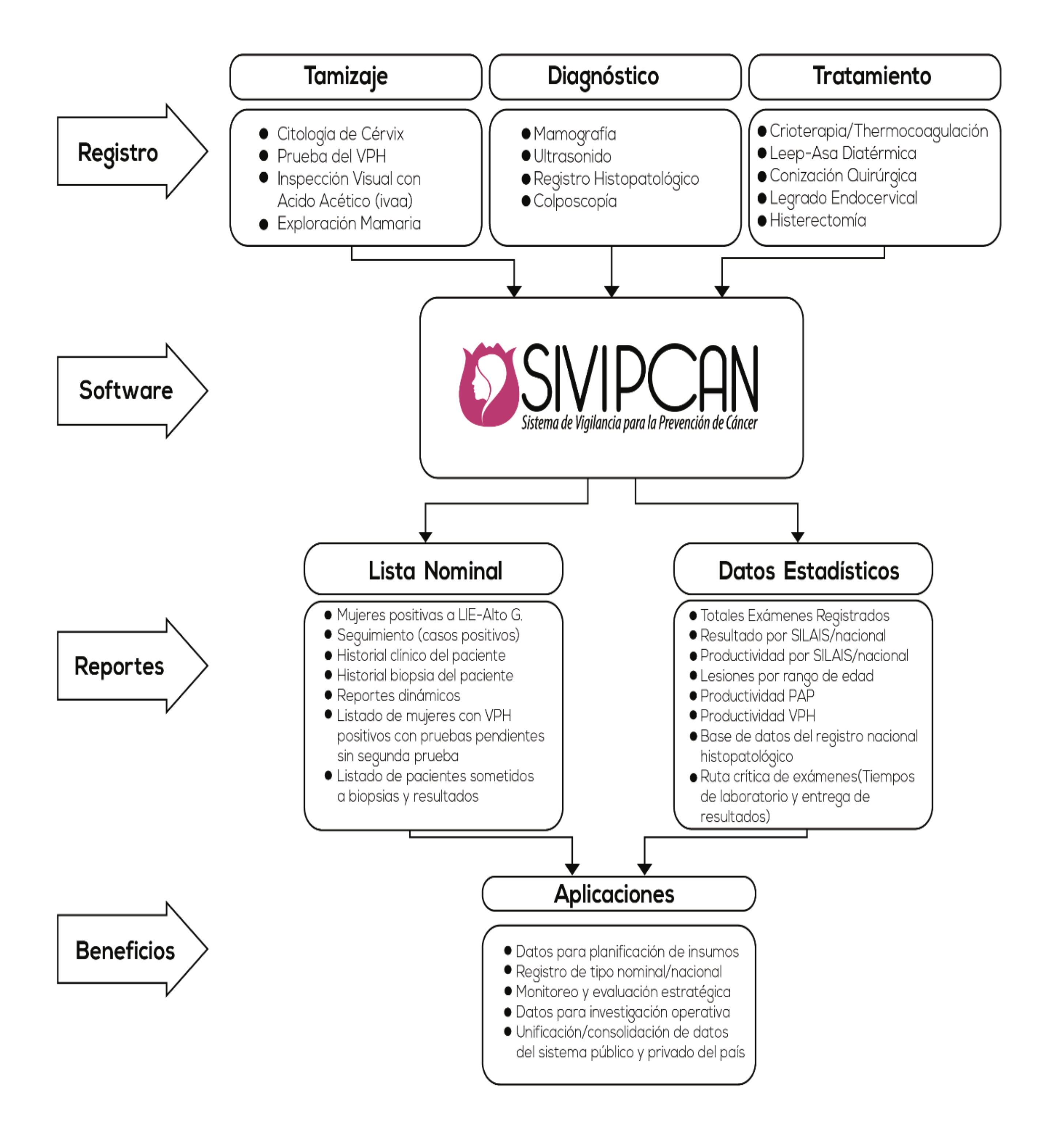
35. John W. Sellors, M. D. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiante.

36. Dr. Víctor Llanos Arriaga*, Dr. Drusso Vera Gaspar** Control de calidad en citología, colposcopia y estudios anatomopatológicos. Pág. 10.

XIV. Anexos

Anexo 1: Ficha Única de Tamizaje-2019
Anexo 2: Flujo de Recolección y Registro de Datos en el SIVIPCAN®
Anexo 3: Terminología Colposcópica del Cuello uterino-2017
Anexo 4: Anexo 4. Estadiaje (FIGO 2018)
Anexo 5: Hoja de Solicitud y Reporte de Colposcopía-2019

Anexo 2: Flujo de recolección y Registro de datos SIVIPCAN®



Anexo 3: Terminología colposcopia del cuello uterino.

Terminología estandarizada de la ASCCP (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology) 2017 y comparación con IFCPC (The International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy) 2011

Categoría	ASCCP Características/criterios	Detalles	IFCP
Evaluación general	Visualización del cérvix	Visualización completa	Adecuada
		Visualización incompleta por:____	Inadecuada
	Visualización de la unión escamo columnar o cilíndrica	Visualización completa	Completa
		Visualización incompleta	Parcial
			No visible
Hallazgos colposcópicos normales	• Epitelio escamoso original: maduro, atrófico • Epitelio columnar • Ectopia/ectropión • Epitelio metaplásico escamoso • Quiste de naboth • Orificios glandulares • Deciduosis en el embarazo • Vasos submucosos que se ramifican		
Hallazgos colposcópicos anormales	Lesión presente (acetoblanca u otra)	Si o No	
	Localización de la lesión	• Según manecillas del reloj • En la unión escamo columnar (si o no) • Lesión visible (completa/incompleta) • Lesión satélite	
	Tamaño de la lesión	• Número de cuadrantes que afecta la lesión • Porcentaje de área de superficie de la ZT ocupada por la lesión	
	Hallazgos de bajo grado	• Acetoblanco: ○ Delgado/traslucente ○ Desaparece rápidamente	Grado 1 (menor)
		• Patrón vascular: ○ Mosaico fino ○ Puntilleo fino	
		• Margen/borde: ○ Irregular/geográfico ○ Condilomatoso, elevado, papilar ○ Plano	

Categoría	ASCCP Características/criterios	Detalles	IFCP
	Hallazgos de alto grado	• Acetoblanco: o Grueso/denso o Aparece rápidamente/ desaparece lentamente o Criptas con bordes gruesos	Grado 2 (mayor)
		• Patrón vascular: o Mosaico grueso o Puntilleo grueso	
		• Márgen/borde: o Delimitados o Signo del margen interno o Signo de la cresta o sobre elevado	
		• Contorno: plano	
		• Papilas fusionadas	
	Sospechoso para cáncer invasor	• Vasos atípicos • Superficie irregular • Lesión exofítica • Necrosis • Ulceración • Tumor exofítico • Una lesión sospechosa puede no ser acetoblanca	
	No específico	• Leucoplaquia • Erosión • Sangrado al contacto • Tejido friable	
	Tinción con lugol	• No se usó • Se tiñó (yodo positiva o Schiller negativa) • Parcialmente teñido (yodo negativa o Schiller positiva) • No tiñó	
Hallazgos misceláneos	• Pólipo (ectocérvix o endocérvix) • Inflamación • Estenosis • Zona de transformación congénita • Anomalía congénita • Consecuencia postratamiento (cicatriz)		
Impresión colposcópica	• Normal/benigno • Bajo grado • Alto grado • Cáncer		
	Zona de transformación	No se utiliza	Zona de transformación tipo 1, 2, 3
	Tipo de escisión	No se utiliza	Escisión tipo 1, 2, 3

Anexo 4. Estadiaje (FIGO 2018)

En 2018 se actualizo la clasificación de la Federación internacional de ginecología y obstetricia, integrando elementos como el Estadiaje por imágenes y otras variables útiles, para todos los efectos es la que se utilizara en esta norma, también se hace referencia la clasificación anterior, por lo que se debe indicar cual clasificación se ocupó.

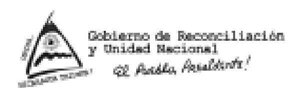
FIGO 2018

1. **Estadio I**
   El carcinoma está estrictamente confinado al cérvix uterina
   a. IA carcinoma que puede solo se diagnosticado solamente por microscopio con una profundidad máxima de menos de 5mm
      i. IA1: menor de 3mm de profundidad de invasión estromal
      ii. IA2: mayor de 3 pero menor de 5
   b. IB invasión igual o mayor a 5mm limitado al cérvix (mayor q IA)
      i. IB1: carcinoma invasor con una profundidad de invasión del estroma igual o mayor a 5mm, pero menor de 2 cms en su máxima dimensión.
      ii. IB2: carcinoma invasor con una profundidad de invasión del estroma igual o mayor a 2cms, pero menor de 4 cms en su máxima dimensión
      iii. IB3: carcinoma invasor con una profundidad de invasión del estroma mayor o igual a 4 cms en su máxima dimensión
2. **Estadio II**
   Carcinoma invade más allá del útero, pero no llega al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica.
   a. IIA1: carcinoma invasión menor de 4 cms en su mayor dimensión
   b. IIA2: carcinoma invasión igual o mayor de 4 cms en su mayor dimensión
   c. IIB: invade parametrios, pero no llega a la pared pélvica.
3. **Estadio III**
   El carcinoma invade el tercio inferior de vagina y/o llega hasta la pared pélvica, y/o hidronefrosis o riñón no funcional y/o ganglios pélvicos o paraorticos.
   a. IIIA: carcinoma invade tercio inferior de vagina, pero no llega a pared pélvica.
   b. IIIB: Llega a pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcional.
   c. IIIC: involucra ganglios pélvicos o paraorticos independientemente de su tamaño y extensión (se deberá consignar si el diagnóstico fue por imagen en cuyo caso se asigna una “r” de radiología o una “p” de diagnóstico patológico)
      i. IIIC1: ganglios pélvicos involucrados
      ii. IIIC2: ganglios paraorticos involucrados.
      iii.
4. **Estadio IV**
   El carcinoma se extiende más de la pelvis verdadera o involucra vejiga o recto, probado por biopsia, el edema bulloso no permite asignar estadio IV.
   a. IVA: metástasis a órganos adyacentes.
   b. IVB: Metástasis a órganos a distancia.

* Los hallazgos radiológicos y patológicos pueden ser utilizados para complementar los hallazgos clínicos en todos los estadios
+ La invasión al espacio linfático y vascular no cambia el estadio y la extensión lateral ya no considerada más.

- La letra “r” debe ser asignada si el diagnóstico de involucro de ganglios fue definido por imagen radiología en cualquier caso especificar porque técnica fue hecho, por ejemplo, si la imagen indica metástasis en ganglios pélvicos, seria IIIC1r, si se confirma por patología seria IIICp, cuando exista duda el estadio más bajo debe s

Anexo 5: Hoja de Solicitud y Reporte de Colposcopía



REPÚBLICA DE NICARAGUA
SOLICITUD Y REPORTE DE COLPOSCOPIA

Ministerio de salud

1. DATOS GENERALES

SILAIS: Municipio: Nº de Expediente:

Unidad de salud: Fecha de Nacimiento: / /

1er Nombre: 2do Nombre: 1er Apellido: 2do Apellido:

Nº Telefónico: Nº de Cédula: Etnia: Edad:

Nivel Académico: Ocupación: Procedencia: ☐ Urbano ☐ Rural

Dirección Exacta:

Departamento: Municipio Residencia: Barrio/Comarca:

2. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Gestas:	Partos:	Abortos:	Cesáreas:	IVSA:	FUR: / /
Embarazo Actual: ☐ Si ☐ No	Semanas de Gestación:	¿Fuma? ☐ Si ☐ No	¿Alcohol? ☐ Si ☐ No	Usa Método Anticonceptivo: ☐ Si ☐ No	¿Cuál?: Desde: / /

3. EVALUACION GENERAL

☐ Visualización del cérvix completa

Incompleta por:

Visualización unión escamo columnar:
Totalmente visible ☐ No totalmente visible ☐
Zona de transformación (ZT) tipo 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

4. HALLAZGOS COLPOSCOPICOS NORMALES

- ☐ Epitelio escamoso original: maduro, atrófico
- ☐ Epitelio columnar (EC)
- ☐ Ectopia/ectropión
- ☐ Epitelio metaplásico escamoso
- ☐ Quiste de naboth
- ☐ Orificios glandulares
- ☐ Deciduosis en el embarazo
- ☐ Vasos submucosos que se ramifican

5. HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES

Lesión presente: ☐ Si ☐ No

☐ **Lesión bajo grado**

a) *Acetoblanco*:
- ☐ Delgado/traslucente
- ☐ Desaparece rápidamente

b) *Margen/borde*:
- ☐ Irregular/geográfico
- ☐ Condilmatoso,elevado,papilar

c) *Patrón vascular*:
- ☐ Mosaico fino
- ☐ Puntilleo fino

☐ **Lesión de alto grado**

a) *Acetoblanco*:
- ☐ Grueso/denso
- ☐ Aparece rápidamente/desaparece lentamente
- ☐ Criptas con bordes gruesos

b) *Margen/borde*:
- ☐ Delimitados
- ☐ Signo del margen interno
- ☐ Signo de la cresta o sobre-elevado
- ☐ Contorno plano

c) *Patrón vascular*:
- ☐ Mosaico grueso
- ☐ Puntilleo grueso

R12
R9
R3
R6

Graficar la ubicación de la lesión según Reloj, %, # cuadrantes.
Amarillo ZT, Rojo EC

☐ **Sospechoso para cáncer invasor:**
- ☐ Superficie irregular
- ☐ Necrosis
- ☐ Exofítico
- ☐ Vasos atípicos
- ☐ Ulceración
- ☐ Tumoración

☐ **Tinción con lugol:**
- ☐ No se usó
- ☐ Parcialmente teñido
- ☐ Se tiñó (yodo positiva o Schiller negativa)
- ☐ No tiñó (yodo negativa o Schiller positiva)

No específico:
- ☐ Leucoplaquia
- ☐ Sangrado al contacto
- ☐ Erosión
- ☐ Tejido friable

Hallazgos misceláneos
- ☐ Pólipo (ectocérvix o endocérvix)
- ☐ Inflamación
- ☐ Estenosis
- ☐ Zona de transformación congénita
- ☐ Anomalía congénita
- ☐ Consecuencia postratamiento (cicatriz)

6. CONCLUSIONES

Normal/benigno ☐ Bajo grado ☐ Alto grado ☐ Cáncer ☐ Biopsia: SI ☐ NO ☐ LEC: SI ☐ NO ☐

Recomendaciones: Referir oncología ☐ Citología de control ☐ Control ☐ Otros:

Fecha de Reporte: / /

Adaptado IFCPC 2011/ ASCCP 2017

Nombre y firma del colposcopista:


FE,
FAMILIA
Y COMUNIDAD!
CRISTIANA,
SOCIALISTA,
SOLIDARIA!


UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas